

PROGRAMA DE ASISTENCIA ECONÓMICA DE LA UNIVERSIDAD DE FLORIDA



Si usted no tiene seguro médico, podría ser elegible para el Programa de Asistencia Económica de la Universidad de Florida (FAP). Dependiendo del ingreso de su hogar, usted podría calificar para un descuento completo de FAP (que significa que puede recibir algunos servicios en UF gratis!)

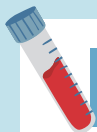
Hay cuatro maneras de entregar su solicitud:

- 01** Para procesar la solicitud más rápidamente, puede dejar la solicitud y documentos en 3300 SW Williston Road, Gainesville, FL 32608). Debe ir lunes-jueves entre 9am-4pm.
- 02** Lo puede mandar por correo electronico al ptreldept@shands.ufl.edu
- 03** Lo puede mandar por fax a 352-627-4648.
- 04** Lo puede mandar por correo a UF Health Customer Service, PO Box 100334, Gainesville, FL 32610-0334. Esto puede tomar 6-8 semanas para procesar y es la forma más lenta de entregar su solicitud.

Para acelerar el proceso:

Si tiene ingresos, traiga la documentación solicitada de esos ingresos (consulte la lista de documentos adjunta).

Si no tiene ingresos, traiga la carta de apoyo o desempleo adjunta.



Si su proveedor médico ordenó unos análisis para que los completara en UF Health,

Usted puede hacerse estos sin cita previa en Shands Medical Plaza (dirección: 1549 Gale Lemerand Drive, Ground Floor, FL 32610). Están abiertos de 6:00am-5:30pm y no necesita una cita para estos análisis. Usted recibirá una cuenta para estos análisis por correo. Cuando usted reciba esta cuenta, debería completar y entregar la solicitud de FAP. ¡No entregue la solicitud hasta que haya incurrido una cuenta!

Si su proveedor médico lo ha referido a un doctor especialista

(Por ejemplo, cardiología, ginecología, etc.), usted debería recibir una llamada de la oficina del especialista pidiéndole que haga una cita.



Si tiene dudas o preguntas acerca de este proceso, puede comunicarse con:

El equipo de trabajadores sociales de UF (352) 265-9802, llama al equipo de servicio de cliente al (352) 265-7906 y elige opcion 2, o manda un mensaje a ptreldept@shands.ufl.edu

Le estamos proporcionando una solicitud porque es posible que usted califique para nuestro Programa de asistencia económica. **Para que lo podamos considerar para la asistencia completa, debe completar, firmar y proporcionar todos los documentos comprobantes requeridos de la Solicitud de asistencia económica adjunta.**

Si, por alguna razón, no puede proporcionarnos la información solicitada, adjunte una declaración por escrito explicando por qué no puede proporcionar la información solicitada. Si no proporciona toda la información necesaria, se denegará su solicitud de Asistencia económica.

Lea el formulario con atención porque proporciona información fundamental para su aprobación en nuestro Programa de asistencia económica. Se denegará su solicitud o se retrasará su aprobación si falta información o si está incompleta. Tenga en cuenta que se requieren ambas firmas, del paciente/garante y testigo, para que se considere la aprobación de su solicitud.

Como es posible que ya sepa, la ley de Cuidado de Salud Asequible está vigente desde el 1 de octubre de 2013. La ley le proporciona a todos los estadounidenses la oportunidad de acceder a una cobertura asequible y de calidad. La ley de Cuidado de Salud Asequible proporciona opciones y alternativas a los estadounidenses para una cobertura de asistencia médica. Health Insurance Exchanges (Intercambios de seguros de salud) proporcionará un mercado para ayudar a las personas a que elijan opciones de cobertura que pueden estar subsidiadas a través de los créditos de impuestos para muchos estadounidenses.

Si está interesado en lo que está disponible, visite el sitio web de Healthcare.gov que le permitirá inscribirse y ver algunas preguntas frecuentes útiles acerca de la ley de Cuidado de Salud Asequible.

Este programa se aplica a los servicios brindados por UF Health Gainesville.

El proceso de revisión tomará hasta 7 días hábiles. Le notificaremos acerca de nuestra determinación de calificación por carta. Si tiene preguntas relacionadas con esta solicitud, comuníquese con uno de nuestros representantes a los números de teléfono indicados a continuación.

Atentamente,

UF Health
Customer Service Department (Departamento de servicio al cliente)
Teléfono: (352) 265-7906 u (888) 766-8154
Fax: (352) 627-4401

UF Health Customer Service PO Box 100334 Gainesville, FL 32610-0334

*****Solicitud de asistencia económica*****

Nombre del paciente:

Garante:

Fecha de nacimiento del paciente:

Dirección:

*****DEPENDIENTES EN LA FAMILIA*****

(Esto incluye el cónyuge, los hijos menores de 18 años de edad y todas las demás personas declaradas como dependientes en su declaración de impuestos y/o de su cónyuge.)

Nombre: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:	Nombre: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

*****INFORMACIÓN DEL PACIENTE/GARANTE*****

N.º de seguro social: _____ Nombre del empleador: _____

Tasa de remuneración por hora: \$ _____ Horas promedio trabajadas por semana: _____

Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual: \$ _____

Si está desempleado, indique la última fecha en que trabajó: ____ / ____ / ____

*****INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE*****

N.º de seguro social: _____ Nombre del empleador: _____

Tasa de remuneración por hora: \$ _____ Horas promedio trabajadas por semana: _____

Ingreso actual bruto semanal, mensual o anual: \$ _____

Si está desempleado, indique la última fecha en que trabajó: ____ / ____ / ____

*****OTROS INGRESOS*****

	Paciente/garante	Cónyuge	Dependiente(s)
Seguro social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de VA	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos por arrendamientos	\$ _____	\$ _____	\$ _____

*****INFORMACIÓN DEL BIEN*****

	Paciente/garante	Cónyuge
Valor del hogar	\$ _____	\$ _____
Saldo adeudado	\$ _____	\$ _____
Otros valores de bienes inmobiliarios	\$ _____	\$ _____
Acciones/Bonos	\$ _____	\$ _____
Otros bienes (Barco, Casa rodante, etc.)	\$ _____	\$ _____
Cuenta bancaria: Cuenta corriente	\$ _____	\$ _____
Cuenta bancaria: Cuenta de ahorros	\$ _____	\$ _____

¿Ha solicitado la cobertura de Medicaid u otra asistencia? Sí / No

Si la respuesta es sí y ha sido aprobada, proporcione su número de Medicaid

_____.

Si la respuesta es sí y se la han denegado, proporcione una copia de la carta de rechazo.

Si la respuesta es sí y la solicitud está pendiente, proporcione el número de solicitud

_____.

Si la respuesta es no, comuníquese con la oficina de Medicaid de su localidad para determinar la elegibilidad.

Certifico que la información que antecede es cierta y precisa. Además, autorizo a UF Health a realizar preguntas u obtener la información necesaria para verificar la precisión de la información contenida en la presente inclusive a mi empleador, la Agencia de crédito, mis acreedores u otras instituciones financieras si fuera necesario. De acuerdo con el derecho público s.817.50 F.S., proporcionar información falsa para estafar un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito de segundo grado.

Firma: _____ Fecha: _____ Testigo: _____

Se requieren ambas firmas o de lo contrario se rechazará su solicitud.

UF Health Financial Assistance Program

PO BOX 100334 Gainesville, Fl. 32610

(352) 265-7906 fax (352) 627-4648

MRN: _____

Para que tengamos en cuenta su solicitud, necesitamos que este formulario lo complete la persona que le esté proporcionando alojamiento y comida o que esté al tanto de su desempleo. Este formulario **NO LO PUEDE** completar su cónyuge. Lo puede completar un amigo, vecino, compañero de casa, novio/novia, padres, etc. que esté al tanto de su situación.

(Complete las secciones que se apliquen a las circunstancias del paciente).

Yo, _____ Carta de apoyo
conozco a _____ personalmente y
(Nombre de la persona que brinda su apoyo) (Nombre del paciente)

le he brindado alojamiento y comida / apoyo a la persona nombrada desde _____ hasta _____.

(Fecha de inicio)

(Fecha de finalización)

La persona que firma a continuación ha declarado que debido a las circunstancias del paciente, está proporcionando esas necesidades sin cargo o como préstamo en este momento.

Carta de desempleo

Yo, _____, sé que _____
(Nombre de la persona que sabe que usted está desempleado) (Nombre del paciente)

estuvo desempleado desde _____ hasta _____
(Fecha de inicio) (Fecha de finalización)

Debido a este estado, no puede satisfacer las necesidades diarias como alojamiento y comida para sí mismo.

X _____
Nombre en imprenta de la persona que proporciona apoyo o sabe que usted está desempleado

**Firmar este formulario no lo
hace responsable por la factura.**

X _____
Firma de la persona que proporciona apoyo o sabe que usted está desempleado

De acuerdo con el derecho público s.817.50 F.S., proporcionar información falsa para estafar un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito de segundo grado.